

L'IMPORTANZA DEL PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER L'OPERATORE SANITARIO

La recente epidemia COVID-19 ha messo in evidenza quanto sia fondamentale assistere con un supporto psicologico tempestivo non solo le vittime di eventi emergenziali, ma anche i soccorritori/operatori, essi stessi soggetti ad un rischio più o meno elevato di sviluppare disturbi psicologici-psichiatrici.

Secondo il Centro di Ricerca EngageMinds Hub dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, campus di Milano- in collaborazione con la Società Italiana di Management e Leadership in Medicina (Simm) e con il Segretariato Italiano Giovani Medici (Sigm) - sette operatori sanitari su dieci, cioè il 70%, impegnati nel fronteggiare l'emergenza Covid-19 nelle Regioni italiane più colpite dall'epidemia da Coronavirus hanno mostrato sintomi di burnout.

Addirittura nove su dieci hanno dichiarato di avere avvertito, nei mesi più drammatici dell'emergenza sanitaria, sintomi di stress psico-fisico. Il 65% dei rispondenti ha dichiarato di essersi sentito più irritabile del normale, il 62% di avere avuto maggiori difficoltà ad addormentarsi, poco meno del 50% di aver sofferto di incubi notturni, circa il 45% di aver avuto crisi di pianto e il 35% palpitazioni. Per quanto riguarda lo stress lavorativo, un operatore sanitario su tre mostra segni di alto esaurimento emotivo (la sensazione di essere emotivamente svuotati, logorati ed esausti) e uno su quattro moderati livelli di depersonalizzazione (ovvero, la tendenza ad essere cinici, trattare gli altri in maniera impersonale o come "oggetti", sentirsi indifferenti rispetto ai pazienti e ai loro familiari).

Secondo INAIL "la situazione di emergenza espone il personale sanitario a una serie di fattori di rischio specifici e legati alla cura del paziente contagiato, ma anche a cambiamenti sostanziali nel lavoro per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, relazionali e relativi alla sicurezza, che contribuiscono all'accrescimento di stress psico-fisico".

Il prolungarsi nel tempo dell'emergenza sanitaria può portare ad un aumento di pressione e paura e comportare una cronicizzazione dello stress legato al lavoro, che, se prolungato nel tempo e accompagnato da elevata intensità, può determinare un esaurimento delle risorse psicologiche e in alcuni casi favorire l'emergenza del burnout.

La "sindrome del burnout" descritta per la prima volta negli anni 1970 da da H. Freudenberger tra gli operatori di un reparto di igiene mentale è un tipo specifico di disagio psicofisico connesso al lavoro che interessa, in varia misura, diversi operatori e professionisti che sono impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano le relazioni interpersonali, quando viene gravemente compromessa la possibilità di scaricare le tensioni accumulate.

Mentre il burnout rivolge l'attenzione maggiormente all'esito sulle prestazioni lavorative, è stata descritta un'altra sindrome, la compassion fatigue, più centrata sui vissuti e ad esordio più rapido.

La compassion fatigue (CF) è stata chiamata anche "costo della cura", quasi il prezzo emotivo da pagare per coloro che si prendono cura degli altri e si manifesta con stanchezza emotiva e fisica, umore depresso e bassa performance lavorativa. Ne è stato individuato anche un contrappeso costruttivo la compassion satisfaction.

Altre due sindromi Secondary traumatic stress (STS) e il Trauma vicario (VT) hanno a che fare entrambe con la capacità di contagio dei traumi sugli operatori sanitari che vi sono esposti per ragioni di soccorso o cura. Presentano lo stesso corredo sintomatologico del disturbo post traumatico da stress, tuttavia il Trauma vicario presenta solo un sottotipo di sintomi ossia i cambiamenti negativi nel tono dell'umore mentre mancano le altre caratteristiche più floride del Disturbo post traumatico da stress.

Infine abbiamo il Disturbo acuto da stress (ASD) e il Disturbo post traumatico da stress (PTSD) descritte nel DSM-V che presentano la stessa costellazione sintomatologica (iperattivazione fisiologica, evitamento, sintomi dissociativi, umore negativo) che, nel primo caso, si manifesta con una durata breve, mentre nel secondo parliamo di una vera e propria cronicizzazione. Si presentano quando le situazioni traumatiche vengono vissute direttamente ossia quando l'operatore si è trovato a contatto con la morte altrui o in pericolo di morte esso stesso.

Molto spesso in situazioni di maxi-emergenza e catastrofi è stato descritto un forte impatto psichico sui soccorritori e le sintomatologie rilevate

saranno probabilmente superate nella maggior parte dei casi spontaneamente, senza necessità di interventi terapeutici specialistici. Tuttavia anche gli operatori più esperti in determinate circostanze personali e/o situazionali possono trovarsi coinvolti e diventare vulnerabili. Il coinvolgimento di bambini, la morte di colleghi, le gravi mutilazioni dei corpi delle vittime, i fallimenti nella missione di soccorso, le scelte difficili possono da sole o incrociandosi con fasi di vita personale caratterizzate da particolare fragilità fare da detonatori.

Il Pronto soccorso psicologico è un intervento fortemente raccomandato da OMS come primo approccio alla crisi e va proprio nella direzione di gestire meglio lo stress iniziale prevenendo o mitigandone le degenerazioni patologiche e indirizzare il processo di recupero.

Il “Pronto soccorso psicologico potrebbe aumentare la percentuale di remissioni spontanee post trauma e migliorare significativamente il grado di benessere... Intervenire nella fase di codifica, consolidamento, immagazzinamento e primo recupero dell’esperienza traumatica, significa avere la possibilità di operare sull’esperienza soggettiva del ricordo prima che i contenuti traumatici si siano cristallizzati. Inoltre tempi e i modi del ristabilimento delle condizioni di sicurezza e fiducia si saldano con le componenti traumatiche e, a seconda di come vengono condotti, possono gravare o alleggerire significativamente le condizioni psichiche della vittima.” (Il primo colloquio in emergenza E. Pedrelli, A. Sozzi in (a cura di) C. Iacolino “Dall’emergenza alla normalità. Strategie e modelli

di intervento nella psicologia dell’emergenza”, ed. Franco Angeli).

Certamente la pandemia COVID-19 è stato un evento particolarmente dirompente per gli operatori soprattutto perché le sue caratteristiche hanno limitato i fattori protettivi che di norma agiscono come ammortizzatori, quali il supporto sociale e la impossibilità di utilizzare tutta la gamma delle strategie di coping personali e collettive. Inoltre alcune caratteristiche dell’emergenza stessa come l’invisibilità, la sua diffusione nello spazio e nel tempo hanno costituito importanti fattori aggravanti.

Nell’infografica viene descritta la finestra di opportunità per questo intervento che andrebbe somministrato non appena l’operatore avverte i primi segnali di stress quali demotivazione, ansia, insonnia, rabbia, frustrazione, stanchezza cronica che sono spesso accompagnati da un fastidioso corredo somatico.

Dopo una disamina delle condizioni generali e delle risorse lo psicologo valuterà la necessità di un invio psicologico specialistico oppure orienterà l’utente ad interventi psicosociali di bassa soglia di tipo individuale, familiare o comunitario. L’intervento psicosociale potrebbe contemplare anche azioni di miglioramento del clima organizzativo o dei problemi situazionali legati alle condizioni operative nelle quali viene erogata la prestazione lavorativa o volontaria.

Anna Sozzi, Psicologa psicoterapeuta
 Vicepresidente SIPEM SoS Federazione
 Membro della Consulta del volontariato del
 Dipartimento Nazionale della Protezione civile

